

类型分组的差异，也为医院建立长效管理机制提供了可行模式。

4 DIP 分组优化策略

4.1 强化信息化与智能辅助

在 DIP 分组与病案编码管理中，信息化与智能化手段的应用显著提升了数据质量。研究表明，质控系统上线后，基本信息错误率由 15.02% 降至 5.99%，诊疗信息错误率由 16.06% 降至 6.95%，说明人工高频错误可通过系统校验与提示得到控制。智能编码系统能实时提示、提供多选项参考，并基于大数据模式识别实现诊断与手术逻辑校验，对异常情况及时预警。信息化平台还可动态监测质量趋势，为管理层提供决策依据。由此可见，信息化不仅降低了人为差错，更推动了 DIP 分组的科学化与精细化管理。

4.2 建立分层次培训体系

在 DIP 支付模式下，编码员水平直接决定分组合理性与医保支付准确性。应建立分层培训体系，形成递进式培养

路径。初级阶段着重 ICD 规则和常见病识别，中级阶段通过疑难病例讨论提升逻辑判断与临床理解，高级阶段则结合医保支付、DRGs 与质控管理，培养复合型人才。同时，培训需与考核结合，通过模拟操作与病例演练检验成效，确保反馈闭环。分层培训不仅能提升个人能力，也有助于建立稳定高效的团队，缩小不同疾病类型分组差异，提升整体编码科学性。

4.3 构建动态优化机制

静态培训或一次性干预难以满足临床复杂需求，PDSA 循环模式为持续改进提供了路径。通过“计划—执行—检查—行动”的闭环过程，编码员在操作中不断总结经验并优化方法。研究显示，应用 PDSA 后编码正确率由 75.33% 升至 95.33%，效果显著。尤其在恶性肿瘤和复杂手术病例中，动态优化机制通过错题归纳、经验共享和集体复盘，逐步减少分组偏差，提升整体一致性。该机制不仅能改善短期质量，更形成长效管理模式，为医院编码与分组水平持续提升提供保障。

表 2 不同疾病类型 DIP 分组差异与优化建议

疾病类型	主要问题	优化策略
常见病 / 慢性病	编码粗放，未细化至并发症 / 病因	加强细分编码，结合并发症补充
恶性肿瘤	部位 / 分期遗漏，形态学编码误用	强化部位 + 分期信息采集，质控校验
复杂手术类	手术编码错误率高，多手术不匹配	增设术式匹配校验，专家复审

5 结语

本文通过对不同疾病类型在 DIP 分组中的差异进行系统分析，揭示了常见病 / 慢性病、恶性肿瘤与复杂手术类病例在分组合理性上的主要问题，并结合多中心质控实践数据，论证了管理模式和质控干预的有效性。研究表明，DRG 精益管理、ICD 编码干预体系与 PDSA 循环均能显著提升编码质量，其中以 PDSA 循环模式的持续改进效果最为显著。

未来的研究与实践应着力于以下几点：（1）构建覆盖不同医院等级的统一质控平台，实现数据互联互通；（2）加强低年资编码员的系统化培训与实践锻炼，缩短其成长周期；（3）推动智能质控系统与医保支付平台的深度融合，形成闭环反馈。通过以上路径，能够有效缓解不同疾病类型

在 DIP 分组中的差异问题，提升医保支付的公平性和科学性，为我国医疗体系的高质量发展提供坚实保障。

参考文献

- [1] 李富强,陈晓玉,刘琛玺.医保DIP分值付费模式下ICD编码干预体系的构建和应用[J].中国卫生信息管理杂志,2023,20(05):785-791.
- [2] 何丰耀,郭奕含,张文红.DIP改革视域下病案首页协同质控的实现路径研究[J].卫生经济研究,2025,42(09):71-74.
- [3] 王桂秀,沈明娟.强化病案编码填写规范性的实践措施[J].智慧健康,2025,11(19):162-165.
- [4] 谭华珍,邓活清,徐詠恩,等.基于DIP的高费用偏差病例ICD编码缺陷对病种分组影响分析[J].中国医院管理,2024,44(07):55-58.
- [5] 王志丽,陈霞.病案编码和病案质量中病案信息化管理技术的运用[J].中国卫生产业,2025,22(09):48-52.

Research on the Impact of Continuous Nursing on the Self-Management Ability of Patients with Chronic Kidney Disease after Discharge

Yin Zhang Xiaoting Wang

Kashgar Prefecture First People's Hospital, Kashgar, Xinjiang, 844200, China

Abstract

Objective: To analyze the impact of continuous nursing on the self-management ability of patients with chronic kidney disease after discharge. **Methods:** A total of 70 patients with chronic kidney disease admitted to our hospital from June 2024 to June 2025 were selected as the subjects of this study. They were grouped by random number table method into the control group (35 cases, conventional intervention) and the observation group (35 cases, continuous care). **Result:** The score of self-management ability of patients with chronic kidney disease in the observation group was better than that in the control group. The compliance and quality of life scores of patients with chronic kidney disease in the observation group were better than those in the control group, $P < 0.05$. **Conclusion:** Continuous nursing can effectively enhance the self-management ability of patients with chronic kidney disease after discharge, improve nursing compliance and quality of life, and is suitable for clinical promotion and application.

Keywords

Continuous nursing Chronic kidney disease Self-management ability; Impact Research

延续性护理对慢性肾病患者出院后自我管理能力的研究

张印 王晓婷

喀什地区第一人民医院, 中国·新疆 喀什 844200

摘要

目的: 分析延续性护理对慢性肾病患者出院后自我管理能力的研究。 **方法:** 选择2024年6月至2025年6月间我院收治的患者70例慢性肾病患者作为本次研究的对象, 采用随机数表法分组, 分为对照组(35例, 常规干预)与观察组(35例, 延续性护理)。 **结果:** 观察组慢性肾病患者自我管理能力的评分优于对照组; 观察组慢性肾病患者依从性与生活质量评分优于对照组, $P < 0.05$ 。 **结论:** 延续性护理可有效提升慢性肾病患者出院后自我管理能力, 提高护理依从性与生活质量, 适合临床推广应用。

关键词

延续性护理; 慢性肾病; 自我管理能力; 影响研究

1 引言

慢性肾病(CKD)是一组以肾功能进行性丧失为特点的慢性进行性疾病, 伴有基础性疾病(如高血压、糖尿病等), 病程长, 可引起肾功能逐渐恶化并终末期肾病(ESRD), 对患者生命健康构成严重威胁。据有关资料显示^[1], CKD发病率呈现逐年增高趋势, 这种长期的治疗过程可给患者造成极大的经济损失, 并给家庭及社会带来较大的负担。CKD患者若在中晚期时, 长期进行规范治疗及管理, 其中包括饮食、规律用药及锻炼、监测身体状况及定期随访等自我管理, 对于延缓疾病的进展、降低并发症发病率尤为重要,

但因患者因疾病认知不足、文化水平较低、依从性差及缺乏良好的社会支持等原因, 在出院后常常不能良好实施自我管理、中断随诊、不合理的康复锻炼及生活方式等, 导致疾病状况控制不佳。常规的出院后护理方式主要以一次性的口头健康宣教及书面健康宣教, 缺乏延续性及持续性, 无法满足慢性疾病需要长期随诊、管理患者的长期需求^[2]。延续性护理是患者出院后接受一系列从干预、评估、监测及治疗一系列连续性且有效、具体护理方法的综合护理手段, 所有活动均围绕着患者^[3]。护理人员通过定期通过电话咨询及微信咨询等方式对患者病情进行干预及持续护理, 指导患者如何在家庭中科学地进行自我管理。相关研究认为延续性护理能够促进慢性病患者遵医行为和生活质量的提升, 但CKD患者延续性护理的临床效果有待进一步证实。该次研究主要通过对照研究来观察延续性护理和常规护理对CKD患者院后的自

【作者简介】张印(1993-), 中国河南人, 护理师, 从事肾病护理研究。

我管理行为、遵医行为和生活质量的影响,为临床护理模式的改善提供参考。

2 资料与方法

2.1 一般资料

选择2024年6月至2025年6月间我院收治的患者70例慢性肾病患者作为本次研究的对象,采用随机数表法分组,分为对照组(35例,常规干预)与观察组(35例,延续性护理)。两组患者年龄35-72岁,平均(53.6±8.4)岁;病程2-10年,平均(5.2±2.1)年。

纳入标准:符合慢性肾病诊断标准,疾病分期为3-5期,需长期治疗与管理;意识清晰,能理解并配合护理指导与评估;住院治疗病情稳定出院,出院后可通过电话、微信等方式随访;近1个月内无急性并发症。

排除标准:合并恶性肿瘤、严重心脑血管疾病或精神疾病;存在认知障碍、语言沟通障碍,无法配合自我管理随访;出院后转至外地生活,无法完成定期随访;随访期间因病情加重再次住院,影响自我管理能力判定。

2.2 方法

2.2.1 对照组

采用传统出院护理模式:出院当天护士口头告知患者出院后注意事项,包括饮食禁忌(低盐低脂饮食)、用药方法(按时服用降压药、降糖药等)、复查时间(出院1个月后返院复查肾功能、尿常规);提供《慢性肾病出院指导手册》,包含基础护理知识,指导患者自己阅读。仅在患者返院复查时了解情况,期间不主动沟通,患者有疑问时可电话咨询。

2.2.2 观察组

在对照组基础上,构建“出院前-出院中-出院后”全流程延续性护理体系,具体如下:

(1) 出院前个性化方案制定

出院前3天,护士通过问卷、访谈评估患者自我管理能力(如是否掌握饮食计算、用药时间),结合患者文化程度、家庭支持情况,制定个性化护理计划——如针对文化程度低的患者,用图片标注“可吃/忌吃”食物;针对独居患者,联系家属协助监督用药;现场指导患者及家属健康监测方法(如使用家用血压计、血糖仪,记录24小时尿量),演示正确服药姿势(如某些药物需空腹服用),确保患者掌握后再出院。

(2) 出院后定期随访干预:

出院1周内每日电话随访1次,了解患者饮食、用药、运动情况;1-3个月每2周随访1次;3-6个月每月随访1次,每次随访时长15-20分钟;询问饮食是否符合低盐低脂要求(如每日盐摄入量是否<5g)、是否按时服药(有无漏服、错服)、运动强度是否适宜(如每日散步30分钟是否坚持),并根据患者反馈调整方案;建立患者微信群,每周推送1次慢性肾病护理知识,患者可随时在群内提问,护士2小时内

回复;每月组织1次线上答疑会,邀请医生解答共性问题。

(3) 自我管理激励与监督:

指导患者使用“自我管理打卡表”,记录每日饮食、用药、运动情况,每月返院复查时提交,打卡完成率≥90%者给予小礼品(如定制保温杯)激励;每月与家属沟通1次,了解患者居家护理配合度,指导家属如何协助监督,形成“医护-患者-家属”三方管理闭环^[3]。

2.3 评价标准

2.3.1 自我管理能力评分

采用自制《慢性肾病患者自我管理力量表》,从饮食管理、用药依从性、运动管理、健康监测4个维度评估,每个维度满分100分,分数越高说明自我管理能力越强;干预6个月后进行评分。

2.3.2 护理依从性率

根据患者6个月内表现判定——完全遵守饮食要求、按时服药、坚持运动、定期复查为“依从性高”,任意一项未达标为“依从性低”;依从性率=依从性高例数/总例数×100%。生活质量改善率:通过患者主观感受与客观指标判定——主观上患者自觉乏力、水肿等症状减轻,客观上复查时肾功能(血肌酐、尿素氮)稳定或下降为“生活质量改善”;改善率=改善例数/总例数×100%。

2.4 统计学指标

采用SPSS26.0统计软件进行统计分析,计量资料用均数±标准差(±s)表示,采用t检验,计数资料用率(%)表示,采用 χ^2 检验,P<0.05为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组慢性肾病患者自我管理能力评分比较

观察组慢性肾病患者自我管理能力评分优于对照组,差异有统计学意义,P<0.05,见表1。

表1 两组慢性肾病患者自我管理能力评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	饮食管理	用药依从性	运动管理	健康监测
对照组	35	70.45±6.21	71.14±5.87	69.32±6.05	70.87±6.14
观察组	35	82.36±5.74	83.41±5.22	81.47±5.68	84.15±5.03
t值	—	7.833	8.424	7.564	9.025
P值	—	0.015	0.005	0.015	0.009

3.2 两组慢性肾病患者依从性与生活质量的评分

观察组慢性肾病患者依从性与生活质量评分优于对照组,差异有统计学意义,P<0.05,见表2。

表2 两组慢性肾病患者依从性与生活质量的影响(例,%)

组别	例数	护理依从性高例数	护理依从性率(%)	生活质量改善例数	生活质量改善率(%)
对照组	35	22	62.86	20	57.14
观察组	35	31	88.57	30	85.71
χ^2 值	—	5.124	3.232	6.032	3.435
P值	—	0.015	0.012	0.025	0.019